

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GEORGES MASURE

Ancien Interne des Hôpitaux

et de la Clinique Ophthalmologique Saint-Victor, d'Amiens

Né à Paris, le 2 Octobre 1905

UN CAS

d'Epithéliome des Glandes
DE MEIBOMIUS

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GEORGES MASURE

Ancien Interne des Hôpitaux

et de la Clinique Ophtalmologique Saint-Victor, d'Amiens

Né à Paris, le 2 Octobre 1905

UN CAS
d'Epithéliome des Glandes
DE MEIBOMIUS

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentl.	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LQPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et psy- chiatrie.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BROCQ	Pathologie chirurgi- cale.	LEVEUF	Pathologie chirurgic.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	LIAN	Pathologie médicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MILLOT	Histologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgic.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgi- cale.	MOULONGUET . . .	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.	MOURE	Pathologie chirurgic.
DONZELOT	Pathologie médicale.	MULON	Histologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	N	Physiologie.
FEY	Urologie.	OBERLING	Anatomie pathologi- que.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	OLIVIER	Anatomie.
GASTINEL	Bactériologie.	PIÉDELIÈVRE . . .	Médecine légale.
GATELLIER	Pathologie chirurgi- cale.	PORTES	Obstétrique.
GIROUD	Histologie.	QUÉNU	Pathologie chirurgi- cale.
HARVIER	Pathologie médicale.	RICHET	Physiologie.
HAZARD	Pharmacologie.	SAUNIE	Chimie biologique.
HOVELACQUE	Anatomie.	SÉZARY	Dermatologie et sy- philigraphie.
HUTINEL	Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologi- que.	VAUDESCAL	Obstétrique.
JOANNON	Hygiène.	VELTER	Ophthalmologie.
		VERNE	Histologie.
		VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	RETTÉRE	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.
LEROUX	Anatom. pathologique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE]

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale	HEITZ-BOYER. . .	} Clinique chirurgicale (suite)
CHIRAY		MATHIEU	
DEBRÉ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
FIESSINGER		SCHWARTZ	
LAIGNEL-LAVASTINE . .		LE LORIER	
BASSET	} Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL	} Clinique obstétricale
CHEVASSU		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA FIANCÉE

AUX MIENS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR TERRIEN

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Qui m'a fait le très grand honneur de
présider cette thèse.*

Avant-Propos

Au cours de mon internat dans les hôpitaux d'Amiens il m'a été donné de rencontrer, en assurant la consultation de l'hospice St-Victor dont M. Godéchoux est le médecin-chef, un cas assez rare d'affection des paupières.

Mais avant d'entrer dans l'exposé du sujet qui m'occupe, j'ai un devoir à remplir : c'est de remercier ici publiquement tous ceux qui se sont intéressés à moi tant au point de vue de mon éducation première qu'en ce qui concerne mes études médicales.

C'est à mes parents que je m'adresserai tout d'abord pour leur dire combien est grande mon affection pour eux.

Je n'oublierai jamais, en particulier, la bonté de mon père refaisant avec moi ses études classiques, apprenant pour moi le latin et les mathématiques et, plus tard, au cours de mes études médicales m'aidant encore de son bon sens et de son raisonnement.

Que dirai-je de mon grand-oncle, le Père Apollinaire, Religieux Hospitalier de l'ordre de St-Jean-

de-Dieu, Prieur de la Maison de la rue Oudinot, à Paris.

Alors qu'il était chef infirmier, j'ai été si souvent à ses côtés, dans la maison de santé et dans cette salle d'opération où fréquentaient tant de maîtres illustres que j'ai acquis, en plus de cette foi chrétienne dont sa vie est le témoignage, l'amour des malades, qui pour lui, vrai disciple de St-Jean-de-Dieu, a toujours été son idéal.

C'est là que j'ai, dans ma plus tendre enfance, fait le projet d'être médecin et ce sera ma plus grande joie que mon oncle ait assez vécu pour le voir se réaliser.

J'ai commencé mes études à l'école de médecine d'Amiens et ma reconnaissance va d'abord à M. le Professeur Hautefeuille, c'est dans son service que j'ai fait mes premières armes comme stagiaire et comme interne, puis à MM. les Professeurs de Butler d'Ormont, Caraven, Girard, Jullien, Labarrière, Moulonguet et Poulain ; à MM. les Docteurs Sourdât et Vasselle.

Enfin, au professeur Balédent et au Docteur Christian Perdu qui, me considérant véritablement comme un frère cadet, m'ont si efficacement préparé à l'internat.

De même, je remercie mes maîtres des facultés de médecine de Lille et de Paris et, parmi ces derniers, M. le Docteur Morax, membre de l'Académie de médecine, ophtalmologiste des hôpitaux, dont les travaux sont si connus et dont le traité du

« Cancer de l'appareil visuel » fait autorité dans le monde entier, de l'aide si aimable qu'il m'a apportée dans l'interprétation des coupes histologiques du cancer, sujet de cette thèse.

Je m'en voudrais d'oublier le Docteur Nida, chef de clinique aux Quinze-Vingts, dont les conseils me furent si précieux.

Je ne puis oublier, non plus, les sœurs de Sainte-Marie qui apportent à soigner les malades un dévouement vraiment admirable. Elles m'ont rendu agréables les années que j'ai passées à l'hospice Saint-Victor.

Je les prie de trouver ici l'hommage de ma reconnaissance.

Enfin, c'est au Docteur Godéchoux, médecin-chef de l'hospice Saint-Victor, que je dois le plus.

Non seulement il m'a donné les connaissances générales qui peuvent, il est vrai, s'acquérir dans les livres ou dans les services, mais encore il m'a initié à la pratique des opérations chirurgicales, m'a fait profiter de tous les fruits et de toutes les remarques de sa longue expérience de praticien instruit et habile, avec une bienveillance et un désintéressement qui sont bien plutôt d'un père que d'un maître.

Je suis heureux de lui exprimer ici toute mon affection et toute ma gratitude.

Introduction

La tumeur glandulaire de la paupière qui fait l'objet de ce travail est particulièrement remarquable par sa rareté.

Les classiques, comme le dit Lagrange, ne la signalent pas.

Michel (1), dans le Handbuch de Graefe Saemisch indique bien, à l'occasion des cancroïdes de la paupière, que l'origine de la dégénérescence est principalement dans les glandes sébacées, mais il ne parle pas du rôle des glandes de Meibomius.

Fuchs cite sans aucun détail des carcinomes meibomiens et Mackenzie se demande si les glandes de Meibomius ne sont pas quelquefois le point de départ de cancroïdes.

On ne trouve pas d'autres détails.

Néanmoins, parmi les quatre types de néoplasies glandulaires qui atteignent les paupières, le cancer meibomien est le plus fréquent.

(1) MICHEL. — Die Krankheiten der Augenlider. Graefe Saemisch Handbuch der Ges.

Opht. Hbd 1908, S. 264.

En effet, la littérature ne mentionne que deux cas d'épithéliome des glandes de Zeiss (1).

Il n'existe que quelques observations d'adénome des glandes de Moll (2) encore certaines sont-elles douteuses.

Enfin, je n'ai pu retrouver que deux cas (3) publiés d'épithéliome des glandes de Krause alors que le cancer des glandes de Meibomius, a donné lieu, jusqu'à présent, à 49 observations rapportées.

Scherrer, en 1914, signalait 30 cas, Morax en 1926, en signalait 38.

(1) MICHAIL. — Epithélioma sébacé des glandes de Zeiss: Annales d'oculistique, Nov. 1924.

MOISSONNIER. — Epithélioma palpébral d'origine pilo. sébacée. Arch. d'opht. 1906, XXV, p. 658.

(2) CONTINO. — Adénome della ghiandola del Moll. La clinica oculistica, Anno XI, oct. 1910, p. 553.

DUCLOS. — Epithélioma muqueux kystogène de la paupière inférieure. B. et M. de la Soc. franç. d'opht., 1921, p. 229.

KOMPECHER. — Der Drüsenartige Oberflächen epithelial Xrebs Carcinoma epitheliale adenoides). Ziegler Beitrage zur Anat. und Path., 1900, vol. XXVIII.

LETULLE ET DUCLOS. — Adénome de la glande de Moll. Ann. d'ocul., 1911, mars, p. 203.

MAUCIONE. — Carcinoma a cellule basali (Krompecher) della pal-pabra inferiore. Arch. di ott. sept. 1922, vol. XXXI, page 399.

MOSURO. — Granuloma della ghiandole di Moll. Ann. di ott., vol. XX, 1891, p. 325.

PICCIONI. — Adénome della ghiandole di Moll. XXII, Bollettino dell' ospelade Oft. di Rome, 1905.

SALZMANN. — Beitrage zur Kenntniss der Lid eschwulste. Arch. f. Aug., 1891, vol. XXII, p. 202.

WINTERSTEINER. — Kystadenoma palpillare proliferum des Molls-chen Drüsen. Arch. f. Aug., 40, 1899, p. 291.

(3) MOAURO. — Adenoma delle ghiandole tarso congiuntivali di Giaccio Rivista intern. di Me. e Chirurgie, vol. 4, p. 209.

Shoji a publié 10 cas japonais, ce qui élève le nombre à 48.

Enfin, Dumitru dans « The British Journal of Ophthalmology » (1930) en rapporte un dernier cas.

Si l'on veut avoir une idée de la rareté de cette affection il suffira de considérer les chiffres ci-après.

Le cas que je rapporte est le premier qui ait été observé à l'hospice Saint-Victor. Si je fais remonter les recherches jusque 1891, je trouve qu'il a été examiné 60.600 malades nouveaux et qu'on a diagnostiqué 193 cancers de l'appareil visuel parmi lesquels 155 cancers palpébraux.

M. Morax, à Lariboisière, a trouvé un cas de cancer meibomien sur la centaine d'épithéliomes cutanés palpébraux qu'il lui a été donné d'observer.

La statistique la plus récente est celle que Lazarescu a établie à la clinique ophtalmologique d'Iassy (Roumanie) de 1919 à 1929 inclus.

Sur 22.288 consultations, il a été trouvé 53 cancers de l'appareil visuel dont 25 étaient localisés aux paupières et parmi lesquels un seul intéressait les glandes de Meibomius.

Ces nombres montrent bien le peu de fréquence de cette variété de tumeur.

Historique

La première observation d'adénome de meibomius est due à Gosselin (1880), la deuxième à Richet (1885) mais il n'a pas été fait d'examen histologique ; dès lors le diagnostic est bien difficile à affirmer.

Allaire, dans sa thèse de Paris (1891), au cours d'une revue des épithéliomes glandulaires, décrit le premier l'épithéliome meibomien ; l'étude histologique très soigneusement faite ne laisse aucun doute sur l'exactitude du diagnostic mais il ne donne aucun renseignement sur les symptômes cliniques de cette affection ; comme le dit Y. Shoji, la première observation véritablement complète a été publiée par Sourdille et fut recueillie en 1894 dans le service de Panas.

Depuis les observations se sont multipliées pour atteindre, ainsi que je l'ai déjà dit, le chiffre de 49 en 1930.

Anatomie et Histologie normales des Glandes de Meibomius

Il me paraît indispensable de résumer brièvement l'anatomie et l'histologie normales des glandes de Meibomius pour expliquer facilement les signes cliniques du cancer meibomien.

Les glandes de Meibomius ont été figurées pour la première fois par Casserius en 1609 puis décrites en 1666 par Meibomius qui leur a laissé son nom.

Au nombre de 25 environ pour la paupière inférieure et de 30 pour la paupière supérieure elles sont situées en plein cartilage tarse.

On a discuté pour savoir si elles étaient plus rapprochées de la face conjonctivale que de la face cutanée du tarse ; il semble bien qu'elles occupent celui-ci dans tout son épaisseur.

Elles se dirigent du bord adhérent vers le bord libre placées parallèlement, les unes à côté des autres.

Elles sont de différentes tailles, les plus courtes généralement aux extrémités, les plus longues au

centre, de telle sorte qu'elles occupent toute la hauteur du tarse.

Ces dernières sont verticales dans tout leur trajet, les autres, au contraire, se replient sur elles-mêmes en crosse ou bien s'inclinent sur les glandes voisines.

Elles sont remplies d'une matière granulo-graisseuse, ce qui permet de les voir à l'examen direct par transparence à travers la conjonctive quand la paupière a été éversée ; elles apparaissent colorées en jaune.

Si nous considérons les rapports anatomiques, nous voyons qu'ils sont ceux du cartilage tarse : à la face postérieure, les glandes ne sont séparées du globe que par la mince épaisseur de la conjonctive.

En avant, au contraire, elles sont isolées de la peau par le tissu cellulaire sous-musculaire, le muscle orbiculaire et le tissu cellulaire sous-cutané.

C'est ce qui explique que la peau est longtemps mobile sur la tumeur et qu'elle n'est que très tardivement atteinte, alors que la conjonctive, comme le montrent de nombreuses observations, est rapidement perforée.

Se dirigeant vers la fente palpébrale, les canaux excréteurs des glandes de Meibomius traversent les faisceaux les plus internes de l'orbiculaire (muscle de Riolan) pour venir déboucher au bord libre, en arrière des cils.

Cette disposition anatomique nous donne la raison pour laquelle la tumeur meibomienne, bien

qu'ayant, par ailleurs, toute sa mobilité, adhère cependant rapidement au bord libre de la paupière.

Les artères qui alimentent les glandes de Meibomius dérivent de l'arc palpébral interne et en particulier du réseau prétarsien.

L'arc externe, par son réseau rétro-tarsien, ne donne que quelques ramuscules insignifiants aux glandes de Meibomius.

Les glandes sont fort bien irriguées par des pelotons de capillaires d'une extrême richesse.

Les veines suivent exactement la même disposition et c'est encore un réseau prétarsien qui recueille le sang venant des glandes de Meibomius.

Au contraire, la disposition des réseaux lymphatiques est absolument inverse, tandis que le réseau superficiel reçoit les lymphatiques des tissus placés en avant du tarse, c'est le réseau rétro-tarsien qui transporte la lymphe qui baigne les glandes de Meibomius.

Il existe d'ailleurs, le plus souvent, des anastomoses entre ces différents réseaux.

Si l'on considère leurs relais ganglionnaires, on voit que les lymphatiques parviennent dans les ganglions sous-maxillaires pour la partie interne de la paupière ; pour la partie externe, au contraire, ils aboutissent dans le ganglion préauriculaire et dans les ganglions parotidiens.

Histologie des Glandes de Meibomius

Au point de vue histologique, les glandes de Meibomius ne se distinguent guère — à la taille près — des glandes sébacées ordinaires.

Elles rentrent dans la catégorie des glandes acineuses holocrines.

Elles se composent d'un tube excréteur central de 0 mm. 10 environ, auquel sont appendues des grappes d'acini dont la taille varie de 0 mm. 10 à 0 mm. 20.

Le tube central est limité à la périphérie par une membrane propre qui le sépare du tissu conjonctif ambiant.

Cette membrane est recouverte, vers la lumière du canal, de cellules épithéliales pavimenteuses stratifiées qui sont la continuation de celles du bord libre de la paupière.

Dans ce tube excréteur débouchent les acini qui sont formés, eux aussi, d'une basale tapissée de cellules épidermiques d'un type spécial : les cellules sébacées.

Ces cellules se divisent en plusieurs couches qui vont de la périphérie type épidermique — vers le centre — type sébacé.

Entre ces deux types de cellules on trouve toutes les transitions.

Les unes sont chargées de granulations réfringentes ; chez les autres, plus centrales, ces granulations sont de petits amas de graisse dont elles possèdent les réactions.

Ces granulations se fusionnent, augmentent de taille, la cellule elle-même s'accroît, son noyau diminue et elle éclate.

Par le canal excréteur, elle est expulsée en bloc (débris cellulaires et contenu graisseux) vers la peau qu'elle lubrifie : le sébum, en effet, est un complexe qui contient environ, d'après Gautier :

Eau	317.00
Débris épithéliaux et albumine	617.50
Graisse et cholestérine	41.60
Acide gras	12.10
Cendres	11.80
Total	1.000.00

La formation de graisse dans les cellules sébacées est facilement mise en évidence par le traitement des tissus à l'acide osmique qui colore la graisse en noir.

C'est le procédé que nous avons employé pour identifier les cellules meibomiennes dans les coupes de ce cancer.

Généralités sur le cancer des Glandes de Meibomius

ETIOLOGIE. — Elle est totalement inconnue. Le cancer de Meibomius atteint le plus souvent des sujets d'âge moyen.

Néanmoins, l'observation d'Allaire concerne un enfant de 11 ans, celle de Gosselin un jeune homme de 16 ans, celle de Alt un homme de 30 ans ; il demeure cependant que c'est le plus souvent une affection de la seconde partie de la vie.

Ce cancer se rencontre chez les hommes comme chez les femmes, et serait, s'il faut en croire Shoji, plus fréquent chez les premiers (2 fois plus).

De même, tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que la paupière supérieure est plus fréquemment intéressée.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes du début sont absolument insidieux et font penser au chalazion.

C'est d'abord la formation dans la paupière d'une petite masse indurée, sans adhérence à la peau qui

conserve ses caractères ordinaires et toute sa mobilité.

Aucune sorte de douleur, ni spontanée ni même provoquée par la palpation de la tumeur qui permet, comme pour un chalazion non suppuré, de définir nettement les limites de cette petite induration qui semble encapsulée.

Si quelques auteurs ont parlé de douleur, Sourdille en particulier, c'est qu'il y avait ulcération conjonctivale et infection surajoutée. A vrai dire, quand la tumeur se développe et arrive à prendre la proportion d'une noix, la paupière devient pesante, alourdie ; la vision est presque impossible : il y a une sorte de ptosis quand il s'agit de la paupière supérieure, mais c'est une simple gêne et non une douleur.

En résumé, à la période d'état, ou tout au moins au début, on observe le tableau classique et habituel du chalazion avec lequel le diagnostic est cliniquement le plus souvent impossible.

EVOLUTION. — L'évolution des néoplasies meibomiennes est généralement rapide. Dans certains cas, cependant, elle est lente : la tumeur semble rester en l'état plusieurs années (14 ans dans un cas de M. Morax) et c'est sur quoi se fondent les auteurs qui veulent distinguer adénome et épithéliome meibomiens : les adénomes ne s'accroissent pas, les épithéliomes, au contraire, augmentant rapidement de volume.

De la taille d'un pois, la tumeur passe à celle d'une noix, envahissant toute la paupière.

A ce moment, et cela est très important, on trouve souvent un ganglion préauriculaire sans que, et j'insiste, il y ait aucune ulcération cutanée ou conjonctivale qui puisse provoquer une adénite infectieuse (1).

Si on n'intervient pas, le développement se poursuit, la conjonctive s'ulcère, un bourgeon plus ou moins infecté devient saillant.

La conjonctive bulbaire et la cornée peuvent s'inoculer, le cas de Sourdille montre bien le début de la propagation : « En même temps, on voit se « développer à la partie externe du méridien horizontal du globe, à cheval sur la conjonctive et « la cornée, une ulcération superficielle qui paraît « due au frottement ou à une inoculation par la tumeur palpébrale ».

Si cette propagation s'accroît, l'œil peut être atteint complètement, la paupière devient adhérente à la cornée (cas Morax), l'orbite se prend à son tour (cas de Komoto), la tumeur, tout en respectant en partie l'épiderme, gagne le front et la joue.

Voici la description que Shoji donne d'un malade qu'il a observé dans cet état : « Dans la région « de l'œil droit, on voit une tumeur grosse comme « le poing, la paupière inférieure n'existe plus que « dans une petite partie auprès du nez, on ne peut

(1) Le cas de Sourdille est douteux à ce sujet.

« retourner la paupière parce qu'elle est adhérente à la tumeur qui entoure le globe, comble la cavité orbitaire et a envahi jusqu'au front et la joue.

« La peau de la paupière et de la face n'adhère pas à la tumeur. A la partie temporale où la peau a disparu, on aperçoit un ulcère creux et saignant ».

La tumeur, une fois dans l'orbite, prend un développement extrêmement rapide et met la vie en danger.

PRONOSTIC. — Le pronostic est donc grave et les auteurs s'accordent à le juger plus sévère que celui des épithéliomes cutanés qui peuvent être facilement diagnostiqués au début et pour lesquels une large exérèse diminue sérieusement les chances de récidive.

Les récidives sont, en effet, fréquentes dans les cancers meibomiens (cas de Komoro une récidive ; cas de S. Yataka, trois récidives ; cas de T. Masuda, une récidive ; cas de S. Schioda deux récidives ; cas de Y. Matsumodo, deux récidives ; cas de Kitabori, une récidive, etc.) et la propagation aux ganglions paraît la règle, d'où possibilité de nombreuses métastases.

DIAGNOSTIC. — Ce diagnostic est à faire avec le chalazion : au début, cliniquement, il est très difficile, pour ne pas dire impossible ; la meilleure

preuve en est que de nombreux auteurs, à commencer par Sourdille, bien excusable, il est vrai, ont fait l'erreur et le cas que je présente avait été considéré et traité comme un chalazion.

Petite tumeur indolore, bien encapsulée, laissant la peau saine et mobile, cela constitue la symptomatologie classique du chalazion.

En dehors du chalazion, comme le dit M. Morax, seules des lésions syphilitiques du tarse pourraient induire en erreur.

La réaction de Bordet-Wassermann aidera dans une certaine mesure au diagnostic.

OBSERVATION D'UN CAS CONSTATÉ PERSONNELLEMENT

Mme G. T., âgée de 37 ans, se présente le 19 octobre 1929, à la consultation de l'hospice Saint-Victor se plaignant d'une tuméfaction de la région palpébrale supérieure droite.

ANTÉCÉDENTS. — Les antécédents, aussi bien personnels qu'héréditaires, n'ont rien de remarquables : on ne retient que des maladies d'enfance qui n'ont pas laissé de traces et, il y a quelques mois, une fausse couche qui lui a valu un curetage.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Il y a 9 mois cette femme a présenté, un « kyste » à la paupière supérieure droite ; elle a fait part de cette affection à un médecin qui a pratiqué l'ablation de ce qu'il avait considéré comme un chalazion.

Elle porte, en effet, à la paupière (Fig. 1 et 2), une trace d'incision semblable à celle qui demeure après l'ablation d'un gros chalazion.

La malade entre dans le service au mois de novembre 1929.

A ce moment la tumeur présente l'aspect suivant : tumeur volumineuse, très dure, ayant envahi les $\frac{2}{3}$ de la paupière supérieure ne laissant libre qu'une petite partie au niveau de l'angle interne.

Au niveau de l'angle externe, au contraire, elle déborde la paupière supérieure, descend au dessous du ligament palpébral externe.

Elle paraît s'étendre en profondeur, mais saisie entre le pouce et l'index elle est parfaitement mobile sur les plans profonds, sur le plan osseux, en particulier.

La peau également mobile sur la tumeur, sauf à la partie inférieure et au niveau de la cicatrice, est tendue et très fortement vascularisée donnant à la tuméfaction une couleur violacée.

Enfin, caractère déjà cité, mais très important, la tumeur est d'une dureté ligneuse.

L'impossibilité de retourner la paupière supérieure empêche d'examiner la conjonctive palpébrale, mais l'œil est libre, tous ses mouvements sont bien conservés ; la cornée et la conjonctive, dans ce qu'il est possible d'en voir, sont intactes ; de même, le globe est normal en ce qui concerne la réfraction, la transparence des milieux et l'image ophtalmoscopique ; sa tension est également normale.



Fig. 1. — La tumeur vue de profil
On remarque la cicatrice laissée par la première opération

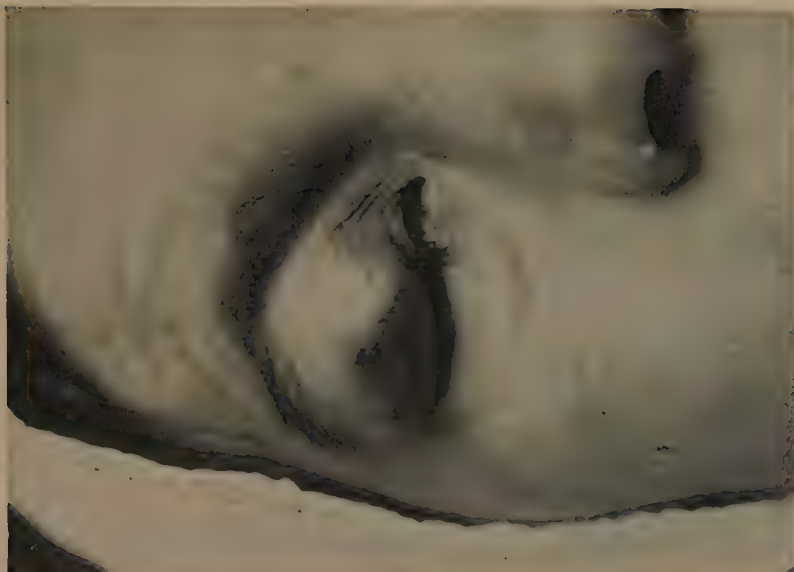


Fig. 2. — La tumeur vue de face



Fig. 3. — Coupe de l'ensemble de la tumeur

M. Muscle — Ep. Peau — Td. Tissu conjonctif — Tr. Travées de tissu conjonctif séparant les lobules — Be. Boyaux épithéliaux.

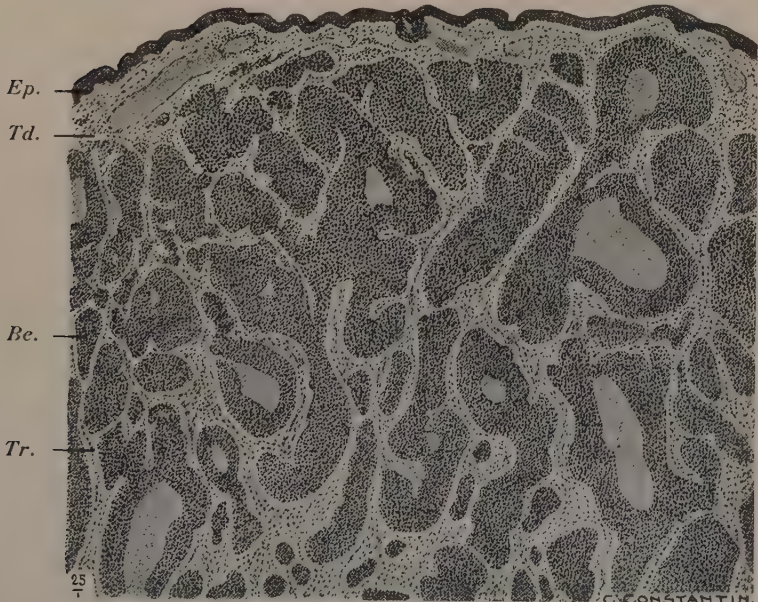


Fig. 4. — Une partie du cancer meibomien

Vue au grossissement moyen 25 D

Ep. Peau — Td. Tissu conjonctif — Be. Boyaux épithéliaux — Tr. Travées de tissu conjonctif séparant les lobules.

On ne constate, à ce moment, aucun ganglion préauriculaire.

Dès l'arrivée de la malade dans le service, on effectue une prise de sang en vue de la réaction de Bordet-Wassermann : son résultat est négatif. De même, une radiographie confirme l'intégrité des plans osseux.

La malade, se décidant difficilement à l'intervention, on lui injecte, en manière de traitement d'épreuve, quelques ampoules de cyanure de mercure qui n'apportent aucune amélioration.

L'échec de cette médication anti-spécifique achève de convaincre la patiente de la nécessité d'une opération que M. Godéchoux pratique avec moi le 29 novembre 1929.

Après anesthésie locale faite selon la technique habituelle, on sectionne le bord libre au niveau du tiers interne, puis on incise la paupière à la partie supérieure de la tumeur : on trouve alors un plan de clivage facile à suivre jusqu'à l'angle externe.

La conjonctive une fois sectionnée, la tumeur bascule en dehors. Elle se montre alors sous la forme d'un gros haricot.

Elle se laisse, de même, facilement libérer de l'angle externe : en particulier, elle ne présente aucune adhérence à la paupière inférieure qui reste indemne.

L'opération se termine par la suture de ce qui

subsiste de la paupière supérieure au bord libre, préalablement avivé, de la paupière inférieure.

Les suites de l'opération sont absolument normales et la cicatrisation a lieu sans aucun incident.

Anatomie pathologique de la tumeur

A. MACROSCOPIQUE. — La tumeur dont nous venons ainsi de faire l'ablation se présente, comme nous l'avons dit, sous la forme d'un gros haricot dont le hile serait tourné vers le globe et dont le grand diamètre serait horizontal.

Elle a le volume d'une grosse noix.

Son poids est de 9 grammes, son diamètre horizontal de 4,5 cm., son diamètre vertical de 2,75 cm.

Si l'on fait une section transversale dans le sens du petit diamètre — section perpendiculaire au hile — cette tumeur apparaît de couleur blanchâtre, lardacée, sans aucun élément mélanique ni dépôt calcaire, la consistance en est ferme et la coupe facile ; on a absolument l'impression que cette tuméfaction est constituée par le tarse épaissi, ou tout au moins, qu'elle est contenue dans l'épaisseur du tarse.

A. MICROSCOPIQUE. — Pour éclairer le diagnostic, on pratique, après fixation, des inclusions dans la paraffine et la celloïdine.

Sur des coupes colorées à l'hématine-éosine on observe, au faible grossissement, l'aspect suivant, reproduit par la fig. 3 : tumeur bien limitée par la peau qui est saine sans ulcération, nombreux lobules de forte taille encapsulés dans du tissu fibreux ; il subsiste quelques rares glandes méibomiennes de dimension et d'apparence normales.

Au centre de presque tous ces lobules apparaissent des amas colorés en rose. On aperçoit du tissu musculaire intact.

Un grossissement moyen (fig. 4) permet de vérifier l'intégrité de la peau. Les lobules sont limités par le tissu conjonctif du tarse, tellement comprimé qu'il produit l'effet d'une véritable capsule.

Les travées fibreuses contiennent les vaisseaux qui pénètrent dans la tumeur. Les lobules néoplasiques ont en général, de 10 à 30 fois le diamètre d'une glande méibomienne normale.

Tout autour, dans les tissus restés sains, il existe une très faible réaction lymphocytaire.

Une coupe en plein tissu néoplasique, examinée au fort grossissement, (fig. 5) a permis de préciser les caractères suivants :

Il s'agit d'un épithéliome baso-cellulaire, car on ne trouve nulle part de globes cornés.

Son développement est rapide, à en juger par le nombre des cellules en karyokinèse, la peau intacte ne participe, en aucune façon, à la formation de la tumeur.

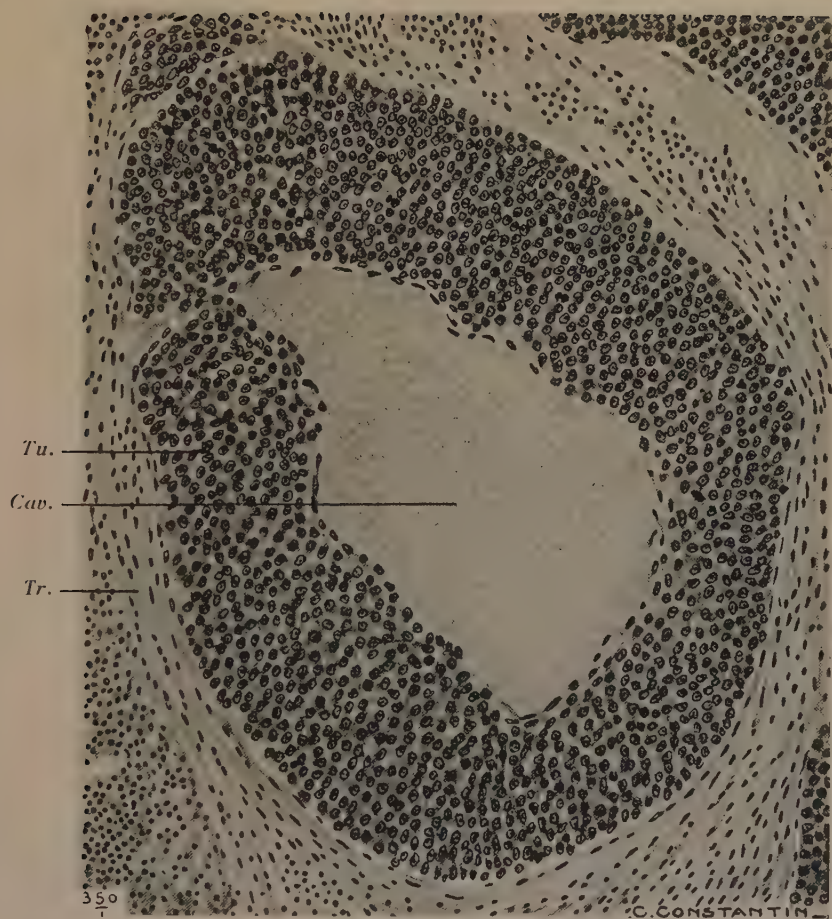


Fig. 5. — Détail d'un lobule de la tumeur

Tu. Tumeur — *Cav.* Cavité — *Tr.* Travée conjonctive

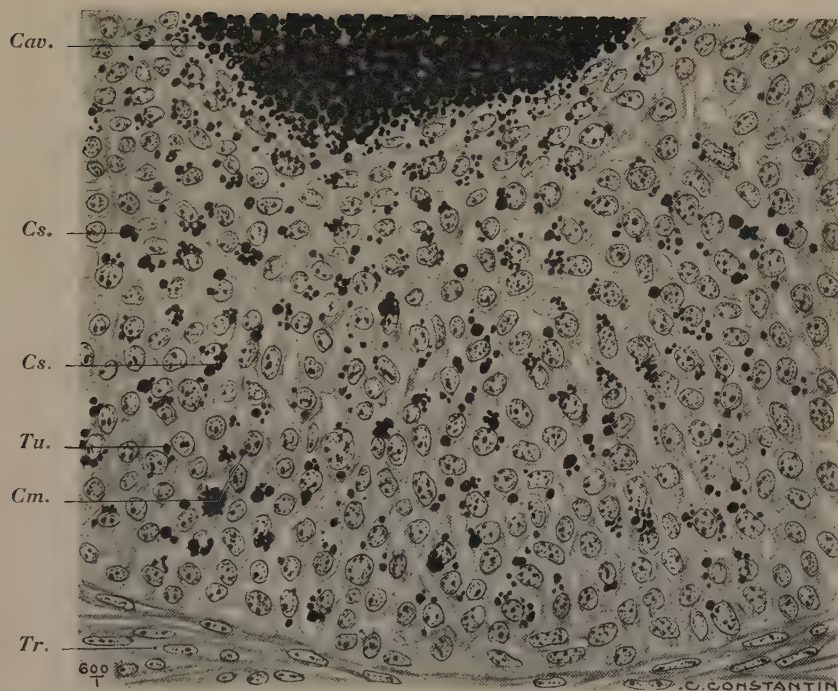


Fig. 6. — Coupe traitée à l'acide osmique.
Détail d'une partie d'un lobule

Cav. Cavité contenant des éléments graisseux de différentes tailles —
Cs. Cellules sébacées contenant des granulations graisseuses de différentes
tailles — *Tu.* Tumeur — *Cm.* Une des nombreuses cellules en mitose
— *Tr.* Travée conjonctive.

Les cellules qui forment les lobules limités par le tissu conjonctif sont étagées en plusieurs assises et sont de deux ordres : de petites à gros noyau vésiculaire et à protoplasme rare, d'autres présentant l'aspect inverse à petit noyau et à protoplasme abondant.

En général, les petites cellules semblent périphériques et les grosses plus centrales, mais cette disposition est bien loin d'être constante.

Enfin, le centre des lobules est occupé par une matière amorphe.

Avec la partie non incluse de la tumeur furent faites des coupes que l'on traita, les unes par l'acide osmique sans recoloration, les autres par l'acide osmique avec recoloration au Mallory ; la figure 6 est la reproduction d'une coupe à l'acide osmique simple, elle est particulièrement intéressante à étudier.

A l'examen microscopique au très fort grossissement, on aperçoit les mêmes lobules contenant de nombreuses cellules en mitose. Le centre du lobule est occupé par une matière amorphe fortement colorée en noir par l'acide osmique : il y a des lobules où cet amas central constitue une véritable tache, il s'agit donc bien de graisse.

Les cellules que nous avons décrites dans l'histologie normale des glandes de Meibomius se retrouvent également, mais rangées sans ordre et un peu modifiées, dans les lobules pathologiques ; depuis la cellule de type épidermique à gros noyau avec peu de protoplasme, sans inclusion graisseuse, jusqu'à

la cellule complètement transformée en graisse et toute noire, qui va se confondre avec l'amas du centre, on observe toutes les transitions sous forme de petites gouttelettes graisseuses plus ou moins importantes.

Le diagnostic est donc bien manifeste, il s'agit d'un épithéliome développé aux dépens des glandes de Meibomius.

Evolution

La guérison opératoire, comme nous l'avons dit, eut lieu sans incident. Quelque temps après, on diminua l'étendue de la blépharorrhaphie, puis on libéra presque complètement les deux paupières, le résultat obtenu est satisfaisant : dans l'occlusion palpébrale, le globe est bien recouvert.

La malade quitte l'hôpital.

Le 9 janvier 1930, elle revient à la consultation, la fiche d'observation porte :

Etat local parfait, pas d'irritation conjonctivale ; on note un minuscule *ganglion préauriculaire*.

Le 26 mars 1930, le ganglion semble grossir un peu, aucune irritation locale.

Le 29 avril 1930, même état.

Malgré les conseils donnés, on ne revoit la malade qu'en janvier 1931. À ce moment, l'état local est satisfaisant, mais le ganglion préauriculaire a énormément grossi, il atteint la taille d'une petite noix, il n'y a pas de trouble du côté du nerf facial, non plus que de douleur, et on ne constate aucune inflammation de la conjonctive ou de la cicatrice qui puisse expliquer l'existence de l'adénite.

En mars 1931, même état, aucune douleur.

Cette euphorie jointe à un intellect assez faible explique, de la part de la malade, le refus d'une nouvelle intervention ou d'un traitement par les rayons X.

Conclusions

1° La tumeur enlevée était bien un épithéliome meibomien, elle est apparue sans cause d'ordre général ou accidentel.

2° Elle a, au début, été confondue par un confrère avec un banal chalazion ; c'est une erreur classique sur laquelle il est bon d'attirer l'attention. Cette erreur s'explique, d'une part, par la grande fréquence du chalazion et par la grande rareté des épithéliomes meibomiens et d'autre part, par une absolue identité de symptômes cliniques.

Le seul moyen de faire le diagnostic, au début, repose sur l'examen histologique qui devrait être pratiqué systématiquement dans les cas douteux. L'aspect macroscopique de la petite tumeur enlevée peut mettre sur la voie comme l'a dit Sourdille :

« En faisant ce grattage on éprouvait bien la sensation d'une paroi dure infiltrée, cartilagineuse, et la substance enlevée ferme, résistante, blanchâtre, était loin de rappeler le tissu molasse, diffusant, gris-rosé du chalazion, etc... »

En résumé, le seul profit que l'examen macroscopique puisse donner est d'inciter à pratiquer une coupe histologique.

3° La distinction que l'on a voulu établir entre adénome et épithéliome, en se fondant sur les différences d'évolution de la tumeur, paraît artificielle, impossible, comme le dit M. Morax, à préciser du point de vue histologique ; ces différences d'évolution, non expliquées d'ailleurs, se rencontrent fréquemment dans les véritables épithéliomes cutanés les plus courants.

Du point de vue thérapeutique, du reste, cette distinction serait sans intérêt et plutôt nuisible. Comme pour les adénomes ou les épithéliomes du sein, c'est l'ablation, la plus large possible qui constitue le traitement de choix.

4° Les observations antérieurement publiées prouvent la fréquence des récidives et le cas qui nous occupe contribue aussi à montrer que l'atteinte du système lymphatique est presque la règle, contrairement à ce qui a lieu dans les cancers cutanés ordinaires.

Il n'y avait pas d'ulcération conjonctivale, il n'y avait aucune infection surajoutée, ni avant, ni après l'opération et, cependant, un gros ganglion s'est développé.

Ce cas est à rapprocher de celui de M. Morax qui a vu se manifester chez une italienne, opérée par lui,

un an avant, une volumineuse adénite préauriculaire.

Il résulte de cette constatation que la gravité du cancer meibomien est plus grande que celle de l'épithéliome cutané banal.

Vu, le Doyen : *Vu, le Président :*

BALTHAZARD. *TERRIEN.*

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

des Epithéliomes Meibomiens

- ADAMUK. — Ueber die atypischen Lid-Karzinome insbesondere über die primaeren. Krebse der Meibomschen Drüsen. *Westnik oph.* 1910, Ref. *Klin. Monat. f. Aug.*, 1911, XI, p. 412.
- AKIYA. — *Chuo-Ganka-Iho*, vol. XII, p. 866
- ALLAIRE. — Contribution à l'étude du polyadénome ou épithéliome intra-glandulaire. *Thèse Paris*, 1891.
- ALT. — *Amer. Journ. of. Opht.*, 1910, vol. XXVII, 4, 263.
- BALDAUF. — Ein Fall von Adenom der Meibomschen Drüsen. *Thèse in Munich*, 1870.
- BOCK. — Ein Fall von Adenom der Meibomschen Drüsen. *Wien Klin. Woch.*, 1885, 799.
- CABANNES ET LAFON. — L'adénome des glandes de Meibomius. *Arch. d'Opht.*, 1906, 422.
- CAVARA. — L'épith. primitive dello ghiandole di Meibomio. *Archivio per la Scienze Medice*, vol. XLIII, 1920, 1.

CHENANTAIS. — Tumeur de la paupière, épithéliome des glandes de Meibomius. *Bull. Soc. Anat. Nantes, II*, 97-98, 1879.

DOR. — Epithéliome meibomien du tarse de la paupière supérieure. *Soc. des Sciences Med., Lyon*, 1895.

FUCHS (E.). — Adenom der Talgdrüsen oder der Meibomschen Drüsen v. *Graefe's Arch. f. Oph.*, 1878, B. XXIV, 2, S, 158.

GABRIELIDES. — Adénome de la glande de Meibomius. *Arch. d'Opht.*, 1910, p. 178.

GÉRARD G. et MOREL. — Adénome de la conjonctive renfermant des glandes de Meibomius. *Clin. Opht.*, 31 : 367, juillet 1927.

GLAVAN P. — Epiteliom sebaceu al glandelor lui Meibomius. *Rev. Sanitara Militara.*, N. 6; 7, 1926.

GOSSELIN. — Adénome folliculaire de la paupière. *Gaz. des Hôp.*, 20 avril 1885.

GRIGNOLO. — Di un caso di epithelioma primitiva della ghiandole di Meibomio. *Ophthalmologico*, vol. I, fasc. III, 1909.

HESSE. — Ueber das Adenom der Meibomschen Drüsen. *Klin. Monat. f. Aug.*, 7-8, 1910, p. 145.

INATOMI. — *Chuo-Ganka-Iho*, vol. XII, p. 171.

KENNETH SCOTT AND GRIFFITH. — A carcinoma of the meibomian glands. *Arch. Of. Opht.*, XXIX, 1900, p. 437.

KITABORI. — *Chuo-Ganka-Iho*, vol. XIX, p. 402.

- KNAPP. — A case of adenome of the meibomian glands. *Trans. Amer. Opht. Soc.* XXXVII, 1901, 328.
- KOMOTO G. — *Chuo-Ganka-Iho*, vol. XI, p. 671.
- LAGRANGE FÉLIX. — Traité des tumeurs de l'œil.
- DE LAPERSONNE ET LETULLE. — *Archives d'Ophthalm.*, 1923, p. 641.
- D. LAZARESCU, E. LAZARESCU AND E. IONESCU. — A case of epithelioma of the Meibomian glands. *The British Journal of Ophthalmology*, novembre 1930.
- LETULLE ET DE LAPERSONNE. — Adéno-cancer sébacé des glandes de Meibomius avec carcinome sébacé primitif de la conjonctive. *Arch. d'Opht.* 1923, p. 641.
- MARKBREITER. — Lidveränderung verursacht durch das Tragen schlechter Prothese. *Klin. Monat. f. Aug.*, 1908, v. p. 637.
- MASTROSTEFANO. — Sue di un caso di cancro di genesi meibomiana di ambo le palpebre. *Ann. di Ott.*, vol. 37, 1908, p. 439.
- MASUDA. — *Chuo-Ganka-Iho*, vol. XIV, p. 562.
- MATSUMOTO. — *Chuo-Ganka-Iho*, vol. XVII, p. 835.
- MILLS. — Adenocarcinoma of the eyelid. *Arch. of Opht.*, 1904, vol. XXXIII, n° 5.
- MORAX V. — Cancer de l'appareil visuel, p. 101, 1926.
- NETTLESHIP. — Glandular tumor of eyelid of some unusual character. *Oph. Hosp. Rep.* VIII, 1873, p. 220.

PANSE. — Ein Fall von Adenom der Meibomschen Drüsen. *Klin. Monat. f. Aug.* XLII, 1905, 88.

PEREIRA (Florence). — Adeno-carcinom palpebral provenant des glandes de Meibomius. *Arch. di Ottal.*, p. 271-275, 1922.

POKROWSKY. — Zur Lehre von den Lidgeschwülsten. *Westn. Opht.*, 1914, XXX, p. 215. Ref. *Klin. Monat. f. Aug.*, 1912, LII, p. 273.

RIVA. — Epith. delle giandole meibomiane. *Arch. di ott.*, juin 1922, p. 261-270.

RUNCHEWITSCH. — Zur Onkologie der Lider. Adenom der Talgdrüsen. *Klin. Monat. f. Aug.* 1891, 401.

SALZMANN. — Beiträge zur Kenntniss der Lidgeschwülste. *Arch. f. Aug.* XXII, 1891, p. 202.

SCALINCI. — Sul cancro palpebral di genesi Meibomia. *Ann. di ott.* XXX, 1901, I.

DE SCHWEINITZ. — Epithelioma simultating ulcerated Meibomian cyst. *Trans. Opht. Soc.*, 1894, p. 489.

SCHERRER. — Ein Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der Meib. Drüsen. *Klin. Monat. f. Aug.*, 1914, O. III, 580.

SHIODA. — *Chuo-Ganka-Iho*, vol. XVI, p. 648.

Y. SHOJI. — Un cas d'épithéliome de la glande de Meibomius envahissant la cavité orbitaire avec atrophie du globe oculaire. *Arch. d'Ophtalm.*, p. 144, 1929.

SMIRNOW. — Ein fall von Neubildung des linken oberen Lides. *Soc. Oft. de Moscou*, 1910.
Ref. *Klin. Monat. f. Aug.*, 1911, p. 108 et 525.

SNELL. — Carcinoma of the orbita. originating in a Meibomian Gland. *Opht. Rev.* XXVII, 1908, p. 14.

SOURDILLE. — Contribution à l'étude de l'épithélioma primitif des glandes de Meibomius. *Arch. d'Opht.*, XIV, 1894, p. 179.

THIERSCH. — (1865) in Mayeda. Des Lidkarcinom. *Deutsch. Beitr. Zur prakt. Augen.*, 1902, f. 56.

TOLSTOUKOW. — Un cas de carcinome primaire des glandes meibomiennes ayant présenté l'aspect clinique d'un papillome. *Westhic. Opht.*, XXX, 1913. Ref. *Arch. d'Opht.*, 1914, p. 520.

VAN DUYSE (Junior). — Carcinome pavimenteux non kératinisant adénomatoïde de la glande de Meibomius. *Arch. d'Opht.* 1914, XXXIV, p. 355.

DE VINCENTIIS. — Adenoma della ghiandola di Meibomio in via di trasformazione in cancroide. *Red. Soc. it. d'Oftal.*, 1887, p. 44.

VON GROSZ. — Adeno carcinoma gland. Meibomii. *Orrosi Hetilap Szemeszet*, 1896, III.

WADSWORTH. — An adenoma of the Meib. glands. *Trans. Amer. Opht. Soc.* XXXI, 1895, p. 333.

WOOD. — A case of pigmented adenoma of the lower lid. *Opht. Record*, 1904, p. 610.

YATAKA. — *Chuo-Ganka-Iho*, vol. XII, p. 365.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette

